

Trabalho de Conclusão de Curso

**Perfil clínico dos pacientes atendidos no
curso de odontologia da UFSC: importância
do prontuário neste contexto**

Nicholas Visani



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA**

Nicholas Visani

**Relação entre medicamentos/condição sistêmica e bucal dos
pacientes atendidos no curso de odontologia da UFSC:
importância do prontuário neste contexto**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientador: Prof. Dr. Rubens
Rodrigues Filho

Florianópolis

2012

Nicholas Visani

**Relação entre medicamentos/condição sistêmica e bucal dos
pacientes atendidos no curso de odontologia da UFSC:
importância do prontuário neste contexto**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de outubro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof., Dr. Rubens Rodrigues Filho
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Denise Maria Belliard Oleiniski
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Bertholdo Werner Salles
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho ao meu pai, ao meu irmão, a minha mãe [que faz muita falta na minha vida], a minha noiva, familiares, aos meus sogros, amigos e ao orientador pela oportunidade de ampliar meus conhecimentos não somente na minha carreira profissional, mas também para o meu crescimento como ser humano.

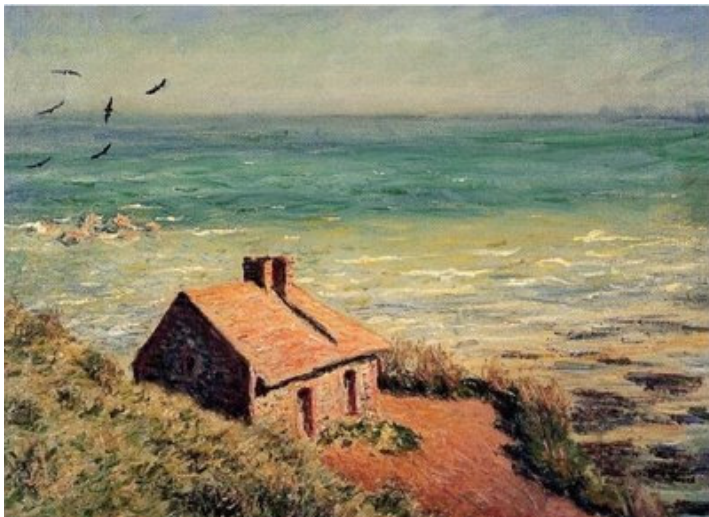
AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou a minha trajetória durante toda esta caminhada, me deu forças, nas minhas fraquezas; ouviu minhas orações e secou minhas lágrimas, nas angustias vividas e nas frustrações sofridas na busca incessante pelo conhecimento e aprimoramento.

Agradeço ao meu pai Carlos Visani, ao meu irmão Carlos Visani Jr, a minha noiva Rafaela Ferreira D'Ávila, aos meus sogros João e Rosiris que são as pessoas que desde sempre estiveram ao meu lado, aguentando muitas vezes o meu mal humor, fazendo silêncio nos dias que eu ficava estudando ou fazendo trabalhos trancado no quarto e que sempre me incentivaram antes e durante a Universidade. Agradeço a meus familiares e amigos que sempre me apoiaram nas minhas escolhas, e a todo momento estiveram ao meu lado mesmo com a falta de tempo para sair em algumas oportunidades.

Gostaria de agradecer o Professor Dr. Rubens Rodrigues Filho pela confiança e pela ajuda, sem ele essa pesquisa não teria acontecido.

Por último, entretanto não menos importante gostaria de agradecer as funcionárias do Serviço de Triagem do Departamento de Odontologia da UFSC, pois abriram seus espaços de trabalho para que eu realizasse a minha pesquisa.



Monet, 1899.

“Um Homem livre é aquele que tendo força e talento para fazer uma coisa não encontra barreiras a sua vontade”

(Thomas Hobbes)

RESUMO

Inúmeras classes de medicamentos utilizados pelos pacientes podem causar alterações sistêmicas e/ou locais, no entanto é muito difícil ter-se a certeza de que aquele medicamento em questão é o causador da alteração, principalmente porque enfermidades diversas podem estar associadas, como é o caso da diabetes melitus, da hipertensão, dentre outras. Este estudo objetivou traçar um perfil dos pacientes atendidos nas clínicas do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina fazendo uma análise retrospectiva das doenças sistêmicas mais comuns, os tipos de alterações encontradas na cavidade bucal e os principais medicamentos utilizados pelos pacientes. Para o seu desenvolvimento foi realizada a coleta de dados de 576 prontuários, entre os anos de 2002 e 2012, seguindo-se um instrumento, na forma de ficha de coleta, elaborado com base nos itens que o compõem. O tipo de estudo empregado foi transversal, caracteristicamente não direcional, que consiste em observar eventos e fatores em estudo ao mesmo tempo. Com base na metodologia utilizada e nos dados obtidos, tabulados e expressados em números e percentuais, concluiu-se que: é prevalente a amostra dos pacientes que tomavam medicamentos sistêmicos; eram bem diversificados os medicamentos consumidos, com ênfase nos psicotrópicos e anti hipertensivos; os pacientes do gênero feminino, na sua maioria, foram os que mais referiram tomar medicamentos; a hipertensão arterial é a alteração sistêmica mais prevalente, seguida de problemas gástricos, por outro lado a úlcera aftosa recorrente foi a manifestação mais prevalente na boca. Não foi possível verificar se as alterações bucais encontradas

nesses pacientes foram especificamente provocadas por algum medicamento, efeito secundário da doença ou fatores desconhecidos, como alimentares, ambientais, etc.

Palavras-chave: Droga, uso de medicamentos, doença sistêmica, alteração Bucal.

ABSTRACT

Several classes of drugs used by patients can cause systemic or local changes, however, is very difficult to be sure that the product in question is the cause of the change, primarily because many diseases may be associated, such as diabetes mellitus, hypertension, among others. This study aimed to draw a profile of patients seen in clinics of the Undergraduate Program in Dentistry, Federal University of Santa Catarina doing a retrospective analysis of systemic diseases most common types of alterations found in the oral cavity and the main drugs used by patients treated between 2002 and 2012. For its development we collected data from 576 charts, followed by an instrument in the form of data collection forms, which is based on the items that compose it. The type of cross-sectional study was employed, non-directional characteristic, which consists in observing events under study and factors simultaneously. Based on the methodology used and the data obtained, tabulated and expressed in numbers and percentages, it was concluded that: is prevalent sample of patients taking systemic medications, and diverse drugs were consumed, with emphasis on psychotropic and anti hypertensive drugs, the female patients, most of which were the most reported taking drugs, hypertension is the most prevalent systemic change, followed by stomach problems, moreover recurrent aphthous ulcer was the most prevalent manifestation in the mouth. Unable to verify if the oral abnormalities found in these patients were specifically caused by any medicine, side effects of the disease or unknown factors, such as food, environmental, etc..

Keywords: Drug, use of medications, systemic disease, oral amendment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Numero total dos prontuários divididos por gênero	47
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes que referiram tomar medicamentos	49
Tabela 3 - Pacientes que referiram tomar algum tipo de medicamento divididos por gênero	49
Tabela 4 - Distribuição dos medicamentos referidos pelos pacientes	51
Tabela 5 - Distribuição dos medicamentos referidos pelos pacientes divididos por gênero.....	52
Tabela 6 - Classe de medicamentos mais utilizados do total de 226 pacientes (alguns relataram tomar mais de um medicamento).....	53
Tabela 7 - Distribuição, por idade, dos pacientes que referiram tomar algum medicamento.....	54
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes que possuem algum tipo de doença/alteração divididos por gênero	55
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes que possuem algum tipo de doença/alteração divididos por frequência e porcentagem	57
Tabela 10 - Tabela comparativa entre pacientes que apresentam ou não alteração em tecido mole bucal.....	62
Tabela 11 - Distribuição de pacientes onde durante o exame clinico foi encontrado algum tipo de alteração em tecidos moles bucais, divididos por tipo de alteração, frequência absoluta e porcentagem.....	64

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Classificação da pressão arterial em adultos de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia	78
Anexo B – Fármacos e drogas que podem induzir a hipertensão arterial sistêmica.....	79
Anexo C – Valores de glicemia para diagnóstico de diabetes mellitus e IGT (Impaired glucose tolerance).....	80
Anexo D – Prevalência de fatores de risco em pacientes diabéticos tipo II, atendidos na unidade básica de saúde NIS II Mandacarú-PR 2004.....	80
Anexo E – Prevalência aproximada dos vários microorganismos causadores de endocardite em valvas nativas, próteses valvares e viciados em drogas.....	81
Anexo F - Prevalência de hipertensão auto referida segundo sexo	82
Anexo G - Ficha para análise dos prontuários.....	84
Anexo H - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	85

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	27
2	OBJETIVOS.....	29
2.1	Objetivo Geral.....	29
2.2	Objetivos Específicos	29
3.	METODOLOGIA	30
4.	REVISÃO DE LITERATURA	31
5.	MATERIAL E MÉTODOS.....	44
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
7.	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	ANEXOS.....	78

1 INTRODUÇÃO

As reações medicamentosas adversas constituem um dos fatores que devem ser relevados pelos profissionais da área da saúde. Existem diversos tipos de reações, desde pequenas irritações cutâneas, coceiras, tosse, sonolência, cefaléia e até aquelas que podem causar internação hospitalar podendo levar á óbito. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem definido reação adversa a medicamentos (RAM), como: "qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que aparece após a administração de um medicamento em doses normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade.

Em princípio, o prontuário bem preenchido traz todas as indicações do que é preciso ser feito, inclusive as possíveis reações do tipo alérgico pelo uso de medicamentos, anestésicos, látex, etc. o que demonstra seu valor como documento autêntico para desfazer dúvidas quanto aos procedimentos médicos e/ou odontológicos e quanto às respostas do organismo do paciente. Possibilita investigações epidemiológicas de interesse para a comunidade. Os dados contidos no prontuário têm sido copiosamente utilizados em epidemiologia por trazerem conhecimentos úteis aplicáveis à população, difíceis de serem obtidos por outros meios, como vigilância sanitária, certificados de óbito, farmacovigilância, programas que se ocupam com doenças. Para o ensino e a pesquisa, possibilita análise de grande quantidade de casos, mesmo atendidos em ocasiões distintas. Facilita o estudo do diagnóstico e a avaliação da terapêutica adotada (UNIP, 2009).

Um prontuário odontológico deve conter no mínimo a identificação do paciente, possuindo história clínica do mesmo, um detalhado exame clínico, exames complementares, plano de tratamento e evolução do mesmo. O registro do tratamento (histórico clínico) bem elaborado e detalhado, além de permitir que se avalie o progresso do caso clínico, evidencia que o profissional é cuidadoso e organizado. Para tanto, é necessário um exame sistemático, ordenado e completo, através de um prontuário bem elaborado. De acordo com o inciso X do artigo 9º do Código de Ética Odontológica, é dever fundamental dos profissionais da Odontologia elaborar e manter atualizados os prontuários (*CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA, 2012*). Nosso principal objetivo é traçar o perfil dos pacientes atendidos pelos alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e a partir dos resultados obtidos saber quais as doenças mais prevalentes, as classes de medicamentos mais utilizadas, o número de mulheres e homens atendidos e as alterações bucais mais frequentes, possibilitando assim um melhor atendimento e o crescimento profissional, pois através das informações, o profissional poderá avaliar o risco de determinadas intervenções e traçar um plano de tratamento direcionado para cada paciente, de acordo com cada alteração encontrada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar, através dos prontuários de pacientes atendidos, pelos alunos do curso de Graduação em Odontologia da UFSC, as enfermidades sistêmicas e bucais, os tipos de medicamentos usados e possíveis influências dos mesmos na cavidade oral.

2.2 Objetivos Específicos

a) Analisar as informações contidas nos prontuários, e estabelecer o perfil dos pacientes atendidos pelos alunos do curso de Odontologia da UFSC.

b) Quais as doenças sistêmicas e alterações bucais mais prevalentes entre os pacientes que procuram atendimento nas clínicas do curso de Odontologia da UFSC.

c) Que tipos de medicamentos são utilizados e qual a média de consumo.

d) Correlacionar idade, alteração sistêmica, consumo de medicamentos.

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi do tipo quantitativa e qualitativa. Para o desenvolvimento e cumprimento dos objetivos desta pesquisa, a metodologia foi composta por duas etapas, a saber:

3.1 Teórica

Levantamento bibliográfico em livros, periódicos, *sites* na internet, artigos, teses, dissertações, revistas odontológicas, entre outras publicações sobre o tema, a fim de suportar bibliograficamente o presente trabalho e também para servir de base para confrontação e discussão dos resultados obtidos.

3.2 Pesquisa (análise de prontuários)

a) Aspectos Éticos: Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer consubstanciado nº 2193/11).

b) O trabalho foi baseado na análise de prontuários de pacientes atendidos pelos alunos do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, com idades entre 20 á 55 anos de ambos os sexos.

c) Nessa análise, estão contidas as quantidades de pessoas com diabetes, alterações cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica. Além disso, estão listados os medicamentos usados e as alterações intra e extra orais como xerostomia, hipossalivação, ulcerações e hiperplasias.

d) Foram relacionados idade, sexo e tipos de doenças.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A anamnese é uma ferramenta fundamental para que um tratamento seja feito com sucesso. Segundo Pollock e Wilmore (1993), a anamnese é composta por uma série de questionários, na qual devem estar contidas a história médica e/ou odontológica, fatores de risco aos quais esse paciente está submetido, medicamentos usados pelo paciente, lesões associadas, história de doença na família (como: cardiopatias, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, etc.), hábitos alimentares e padrões atuais de atividade física.

É através da anamnese que o profissional e o paciente têm seu primeiro contato, muito importante para conquistar a confiança. Muitas vezes somente através dessas perguntas o profissional consegue coletar dados para chegar a uma hipótese de diagnóstico ou até mesmo chegar a um diagnóstico definitivo, podemos também, através das informações coletadas, fazer um tratamento dirigido, que consiste em detectar qual o tipo de doença dessa pessoa, o grau de controle (compensado ou não) e com isso avaliar as possíveis complicações e o que fazer para evitar esses problemas. Hoje em dia com o aumento do número de pacientes geriátricos, a proliferação no consumo de medicamentos, um crescente número de pacientes transplantados acompanhados de enfermidades crônicas conhecidas (*SONIS et al., 1996*), é de se esperar o grande aumento no número de pessoas com alguma necessidade de acompanhamento médico e/ou odontológico.

Observamos que as pessoas vêm adotando o estilo de vida de grandes centros industriais. De um lado, passam a viver pressionadas por novas ambições e critérios de sucesso e, de outro, perdem o contato

com seus hábitos, rituais, relações humanas e familiares mais próximos. Sabe-se que alguns dos fatores de risco para determinadas doenças como as cardiovasculares, estão muito ligadas ao estilo de vida, entre eles, tabagismo, inatividade física, sobrepeso (mesmo em países de baixa renda), dietas inadequadas dentre outros. De acordo com o Dr. Protásio Lemos da Luz, um estudo realizado no Canadá, pelo Dr. Salim mostrou que 90% dos casos de infarto estão relacionados com tabagismo, obesidade, hipertensão, alterações nos níveis de lipídeos e aumento na circunferência abdominal, sendo importante sabermos para orientar os pacientes do risco que estão sujeitos.

Durante os tratamentos odontológicos, muitas pessoas sentem medo e os níveis da pressão arterial podem alcançar valores preocupantes, principalmente para aquelas que já sofrem de doenças cardiovasculares, podendo se tornar um grande problema para esses pacientes e para o próprio profissional que estiver atendendo.

Abaixo faremos um breve resumo sobre as principais doenças sistêmicas que foram pesquisadas nos prontuários de odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

4.1- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica é definida, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, como uma elevação da pressão arterial acima dos valores normais, com valores sistólicos igual ou superiores a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg.

No Anexo A podemos observar as classificações das pressões, podendo variar desde uma hipertensão leve (estágio 1) até para uma hipertensão elevada (estágio3).

É considerada como uma doença crônica degenerativa, pois compromete o sistema vascular. Alguns dos principais problemas ocasionados pela doença são: acidente vascular encefálico, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, aumento do tamanho do coração (*FEITOSA, 2002*). A hipertensão primária é a mais comum, com início gradual e curso prolongado, a este tipo, chamamos de benigna ou de início repentino e curso breve, por outro lado, chamamos de maligna, quando não tem causas específicas, podem ser por fatores genéticos, hábitos sedentários, alimentações inadequadas, uso de álcool ou tabaco. A hipertensão secundária é causada geralmente pela doença renal ou por problemas endócrinos, vasculares e neurológicos (*BRASILEIRO, 2006*).

A pressão arterial é resultante de dois componentes hemodinâmicos, o débito cardíaco e a resistência vascular periférica, o primeiro depende do volume circulante e o segundo depende da tonicidade arteriolar, a qual é influenciada por substâncias vasoconstritoras como a angiotensina II, endotelinas, catecolaminas, adrenalina e também por substâncias vasodilatadoras como as prostaglandinas, também é regulada por estímulos hormonais e nervosos, além disso, os rins, tem um papel fundamental no controle da pressão arterial, principalmente pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona. A angiotensina II é formada através do angiotensinogênio que se encontra inativo na corrente sanguínea, com a presença da renina ela se transforma em angiotensina I, ao passar pelos vasos pulmonares, a angiotensina I encontra uma ectoenzima a qual se faz presente nas

células endoteliais, é a enzima Conversora de Angiotensina (ECA) ou Convertase, transformando-se em Angiotensina II, conforme mostrado no Anexo B, essa vai para os rins via corrente sanguínea, onde, no túbulo contornado distal dos néfrons, estimula a reabsorção de sódio e água, aumentando com isso a volemia, como consequência, aumentará a pressão. Ela também age nas glândulas supra-renais, estimulando a liberação do hormônio aldosterona, a qual irá agir nos túbulos cotornado distal dos néfrons e estimula ainda mais a absorção de sódio e água (BRASILEIRO, 2006).

É preciso ter cautela com pacientes hipertensos e cardiopatas em relação ao uso de medicamentos como os AINEs (anti-inflamatório não esteroidal), devido a sua capacidade de reter água e sal no organismo. Anticoagulantes, fibrinolíticos e outros antiplaquetários podem ter seus efeitos potencializados pelo uso simultâneo de AINEs, conforme relatou Dionne & Gordon (1994).

Outro problema sério causado por diferentes medicamentos é a xerostomia definida por Stedman (1979) como secura da boca, de etiologia variada, que resulta da diminuição ou da parada da secreção salivar, ou assialismo. Associada a xerostomia podemos ter a hipossalivação, ambas afetam negativamente a qualidade de vida do paciente. Deve haver a conscientização sobre prevenção e tratamento da xerostomia/hipossalivação em pacientes que façam o uso de anti-hipertensivos, tendo o cirurgião dentista um importante papel nesta equipe, pois este irá avaliar, diagnosticar e tratar o paciente antes, durante e após a terapia anti-hipertensiva.

As mudanças no fluido ou balanço eletrolítico, como desidratação, diabetes *insipidus*, insuficiência cardíaca, uremia e edema

também podem diminuir a salivação (*FERRARI & AVERSA, 2002*). A sensação de ressecamento bucal pode ocorrer, quando utilizados medicamentos, devido à variação qualitativa na composição da saliva, sem necessariamente ocorrer diminuição do fluxo salivar (*FIELD et al., 1997*).

A saliva tem um papel importantíssimo na manutenção da saúde, segundo Oleiniski (1999) a saliva é um importante sistema de proteção intra-bucal, pois além da lubrificação da mucosa bucal e do bolo alimentar, ela possui ações antimicrobianas através de suas proteínas (lisozima) e da secreção de imunoglobulinas, também segundo o autor, alguns compostos inorgânicos são responsáveis pela ativação da amilase salivar, pela remineralização dental e também na regulação da osmolaridade, portanto é dever do profissional ter atenção especial com esses pacientes que tem hipossalivação ou xerostomia, na hora de planejar qualquer tratamento odontológico.

4.2- DIABETES MELLITUS

A Diabetes Mellitus é uma doença complexa, resultante de uma alteração no metabolismo de carboidratos como consequência da insulina não exercer adequadamente seus efeitos metabólicos. Quando nos alimentamos, a quantidade de glicose no sangue aumenta muito, o pâncreas move esse excesso para o interior das células, com ajuda da insulina. As células devem ter receptores adequados para favorecer a ligação entre a insulina e suas paredes. Com a insulina, estas “portas” são destrancadas, permitindo a entrada da glicose no interior das células,

com isso a glicose será utilizada para produção de energia e crescimento (*ABC.MED.BR, 2008*).

As manifestações fisiopatológicas estão ligadas a deficiência de insulina, e se caracterizam pela elevação da hiperglicemia de jejum, ou níveis plasmáticos de glicose acima de certos limites, devido à dificuldade de penetração de glicose no tecido adiposo, muscular, além da dificuldade de fixação da glicose também nos hepatócitos. Haverá também aumento dos aminoácidos no sangue em virtude de sua não incorporação às proteínas musculares e posterior liberação; lise dos triglicerídeos com liberação de ácidos graxos e glicerol, já que os ácidos graxos não são incorporados aos triglicerídeos (*BEVILACQUA. F, 1995*).

No Anexo C, podemos observar os valores de glicose no sangue (IGT do inglês Impaired glucose tolerance), em 2 momentos, durante o jejum, geralmente medido no período da manhã e 2 horas após a alimentação.

Existem varias classes de medicamentos que podem levar a hiperglicemia induzida (*NEWS MEDICAL, 2009*), dentre elas podem ressaltar:

- **Antipsicóticos atípicos** - Alteram características de ligação ao receptor, levando à resistência à insulina aumentada
- **Beta-bloqueadores** - Inibem a secreção de insulina
- **Bloqueadores dos canais de cálcio** - inibem a secreção de insulina por interferir com a liberação de cálcio citosólico
- **Corticosteróides** - Causam resistência periférica à insulina e gluconeogense

- **Fluoroquinolonas** - Inibem a secreção de insulina, bloqueando os canais de potássio ATP sensíveis.
- **Fenotiazinas** - Inibem a secreção de insulina.
- **Inibidores da Protease** - Inibem a conversão de pró-insulina
- **Diuréticos tiazídicos** - Inibem a secreção de insulina, devido à hipocalcemia. Eles também causam resistência à insulina aumentada devido ao aumento da mobilização de ácidos graxos livres.

Várias classes citadas acima são comumente prescritas e consequentemente utilizadas pelos pacientes que frequentam os consultórios de médicos e dentistas

A Diabetes Mellitus pode ser classificada em primária e gestacional. A primeira ainda pode ser do tipo I e II. A diabetes tipo I mais conhecida como diabetes mellitus insulino-dependente ou juvenil, corresponde a cerca de 20% dos casos. Surge geralmente antes dos 18 anos, na adolescência ou infância, o pâncreas não produz insulina ou a produz em quantidades muito baixas, devido principalmente a supressão das células beta (Ilhotas de LangerHans do pâncreas), sendo portanto sintomático, alguns deles são a poliúria, polidipsia, emagrecimento rápido, polifagia e cetoacidose, para as quais contribuem também a falta de antagonismo de outros hormônios como o Glucagon (estimula a gliconeogênese e a transformação de glicogênio em glicose-1-fosfato), somatrófico e adrenalina (*BRASILEIRO, 2006*).

Existem três fatores que contribuem para a patogênese do diabetes tipo I, *primeira* delas é a predisposição genética, a segunda são

alterações auto-imunes, que consiste na destruição das células beta causada por linfócitos TCD4, mediante a ativação de macrófagos e por linfócitos TCD8, tudo isso modulado por fatores genéticos, ainda não totalmente conhecidos. Alguns dados epidemiológicos vêm mostrando a participação de fatores ambientais nessa reação auto-imune nos indivíduos geneticamente suscetíveis, como infecções virais não identificadas, rubéola, caxumba, sarampo, etc. (BRASILEIRO, 2006). Os especialistas acreditam que algumas infecções virais, podem causar destruição das células betas, em indivíduos geneticamente predispostos, e com isso haverá a liberação de antígenos, que vão originar a reação auto-imune (FERNANDES *et al*, 2005).

Por outro lado, a diabetes tipo II também conhecida como diabete adulta, geralmente manifesta-se depois dos 30 anos, corresponde a cerca de 80% dos casos de diabetes melito (BRASILEIRO, 2006). É provocada predominantemente devido à resistência à ação da insulina associada a uma relativa deficiência de sua secreção. A resistência à insulina significa que as células do corpo não respondem adequadamente quando a insulina está presente, principalmente as células musculares e adiposas. Geralmente o tipo II é freqüentemente associado com obesidade, hipertensão, colesterol elevado (hiperlipidemia combinada), e com a condição, muitas vezes chamado de síndrome metabólica (que é também conhecida como Síndrome X, síndrome Reavan, ou CHAOS). Causas secundárias de Diabetes mellitus tipo 2 são a acromegalia, síndrome de Cushing, tireotoxicose, feocromocitoma, inflamação no pâncreas, que nada mais é que uma pancreatite crônica (devido algum tipo de vírus ou uso em excesso de álcool), uso de drogas, hormônios em excesso (crescimento,

hipertireodismo) e síndrome genética (*BRASILEIRO, 2006*). Nas formas tardias da Diabetes Mellitus descompensada, existe uma clara interação dos fatores ambientais e genéticos. Conforme podemos observar no Anexo D, o estilo de vida sedentário e alimentação desbalanceada, associados ao excesso de peso, são indispensáveis para o desenvolvimento destas formas mais comum de Diabetes Mellitus do tipo II, também podemos observar nesse anexo, a prevalência de fatores de risco cardiovascular nos pacientes estudados, grande parte (86,36%) dos pacientes referiu antecedentes familiares de algum tipo de doença crônica tais como Diabetes Mellitus do tipo 2, hipertensão, dislipidemia ou coronariopatia.

A diabete gestacional é caracterizada por um distúrbio metabólico, e ocorre por volta da 24ª á 28ª semana, em 4% das gestantes. Uma das causas seria a ação dos hormônios durante a gestação, que aumentaria a resistência periférica à insulina (*BEVILACQUA, 1995*). Deve-se tomar cuidado, pois esse tipo de diabetes pode evoluir para o tipo II cinco anos após a gestação.

4.3- CARDIOPATIAS

A cardiopatia pode ser definida como qualquer doença ou alteração que atinja o coração. Existem diversos tipos, como a cardiopatia congênita, doenças valvares do coração, doenças do miocárdio, cardiopatia por agentes infecciosos, provocadas pela hipertensão arterial sistêmica, etc.

4.3.1- Cardiopatia congênita: são aquelas que acometem a pessoa desde o nascimento, devido a algum erro genético ou por infecções sofridas pela mãe durante a gestação, a exemplo da rubéola. O certo é

que o diagnóstico deve ser feito precocemente, de forma correta, para que seja feito um tratamento adequado, pois muitas vezes são graves e podem constituir um risco de vida para a criança.

Os principais sinais para averiguar a doença são sopros no coração, cianose (extremidades e lábios), cansaço com pouco esforço (em bebês, cansaço na hora de mamar), dificuldades em ganhar peso, alteração no tamanho do coração nos Raios-X, sudorese excessiva, respiração rápida e curta, anormalidade nos pulsos periféricos (*KOPEL & NORONHA, 1995*).

As cardiopatias congênitas acianóticas podem ter várias etiologias, a mais comum é a ausência de tecido septal (ver Anexo G) permitindo comunicação entre os ventrículos (comunicação interventriculares) assim, o ventrículo esquerdo não só ejeta sangue para artéria aorta como também para o ventrículo direito e artéria pulmonar (*KOPEL & NORONHA, 1995*).

4.3.2- Cardiopatia hipertensiva: é o conjunto de alterações que ocorre como conseqüências da hipertensão arterial sistêmica. Para o diagnóstico, é necessário que haja hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo, ausência de outras doenças cardiovasculares e com um quadro de hipertensão arterial (*BRASILEIRO, 2006*). A causa principal da hipertrofia é a sobrecarga gerada pelo aumento da pressão, na qual as fibras cardíacas sofrem um aumento da espessura, isso tudo serve para que o coração consiga suportar a pressão sistêmica aumentada. Essa espessura aumentada da parede do ventrículo tende a normalizar a tensão sistólica. O indivíduo pode viver anos com esse estado de hipertrofia, na qual chamamos de fase compensada, pois através da

hipertrofia cardíaca, a pessoa permanece hemodinamicamente compensada, apesar da hipertensão arterial, mas isso tudo é limitado, se a pressão não for controlada, vai haver um momento em que o coração não irá mais conseguir controlar, aí vai surgir um quadro chamado insuficiência cardíaca, nesse estágio o indivíduo está na fase descompensada (*BRASILEIRO, 2006*).

4.3.3- Cardiopatia por infecção: são infecções causadas por microorganismos transmitidos por animais como ratos e gatos, mas também por fungos e parasitas (*JENSEN et al, 2000*). Pode acometer não só o miocárdio, como também comprometer o pericárdio e o endocárdio. Uma das mais conhecidas no meio odontológico é a endocardite infecciosa, que é a infecção microbiana do revestimento endotelial do coração. A lesão característica de endocardite é a vegetação, um coágulo de plaquetas e fibrina infectado, contendo ainda leucócitos e hemácias. A vegetação pode estar localizada em qualquer sítio do endotélio, mas frequentemente ocorre nas superfícies endoteliais das válvulas cardíacas e próteses valvares, o quadro clínico pode apresentar febre, aparecimento de sopro cardíaco inexistente ou alteração de sopro pré-existente, anemia, esplenomegalia, petéquias localizadas principalmente na pele, na conjuntiva e nas mucosas (*SILVA QUEIROZ, 2003*). Os principais fatores de risco desta patologia são lesões no endocárdio provocadas por doenças congênitas ou adquiridas. O foco de infecção poderá surgir em qualquer manipulação que promova formação de sangramento gengival, causando bacteremia passageira, podendo levar a formação de coágulo de fibrina estéril e plaquetas nas superfícies do endotélio do coração, bem como nas

válvulas cardíacas, agindo como sítio de proliferação bacteriana em pacientes com susceptibilidade á endocardite bacteriana. O cirurgião-dentista tem que estar atento às alterações, principalmente naqueles pacientes que irão realizar algum tipo de cirurgia. No anexo E podemos observar a prevalência de vários microorganismos causadores de endocardite em valvas nativas, próteses valvares e viciados em drogas.

4.4- PROBLEMAS GÁSTRICOS

Segundo a gastroenterologista Lilian Lauton esse é um dos problemas que acometem mais de 25% da população, a maior queixa dos pacientes é a má digestão, causando azias, dores abdominais, desconforto e refluxo.

Uma preocupação maior para pacientes que sofrem de problemas gástricos é quanto aos medicamentos prescritos, pois entre os mais utilizados na odontologia estão os AINEs (anti-inflamatórios não esteroidais). Os AINEs apresentam estruturas químicas variadas, porém compartilham das mesmas atividades terapêuticas: aliviam a tríade inflamatória (dor, edema e rubor), com isso, de acordo com a dose e do grupo químico a que pertencem, podem ocorrer alguns efeitos colaterais como lesões agudas da mucosa gastroduodenal, úlcera gastroduodenal, esofagite, enterite, reativação de doenças inflamatórias intestinais (ex. Crohn e Retocolite ulcerativa inespecífica ou RCUI), diverticulite e perfuração de divertículos, úlcera de cólon, bem como lesões renais e hepáticas (ZATERKA, 2001).

Os AINEs atuam inibindo a síntese de prostaglandinas, responsáveis pela manutenção do fluxo sanguíneo da mucosa gástrica e estimulam a síntese de muco e bicarbonato indispensável à homeostase gástrica. A combinação da acidose e redução do fluxo sanguíneo pode, invariavelmente, causar lesão gástrica (ARAÚJO, BLAZQUEZ, 2007). Portanto, ainda que os AINEs causem lesões gastrointestinais significativas em uma porcentagem pequena de pacientes, haja vista que há um grande número de usuários e o tempo prolongado de sua utilização, faz com que os profissionais da saúde como médicos e cirurgiões-dentistas tenham uma atenção especial a esses pacientes sempre observando qualquer alteração.

4.5- CONVULSÃO

Convulsão é um distúrbio que se caracteriza pela contratura muscular involuntária de todo o corpo ou somente parte dele, e isso pode ser provocado pelo excessivo aumento da atividade elétrica em determinadas áreas cerebrais (VARELLA, 2011).

Muitas vezes não é possível encontrar a causa da convulsão, mas podemos relatar as principais causas possíveis, como febre alta em crianças com menos de 5 anos de idade, doenças como meningite, encefalite, tétano, tumores cerebrais, epilepsia, traumas cranianos, uso de álcool e drogas por tempo prolongado, efeitos colaterais de algum medicamento, distúrbios metabólicos como hipoglicemia, insuficiência renal e falta de oxigenação no cérebro.

5. MATERIAL E MÉTODOS

A população deste estudo foi composta pelos pacientes atendidos pelos alunos do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Para o seu desenvolvimento foi realizado uma pesquisa com características descritivas e exploratórias, enquadrando como uma avaliação quantitativa, pois através dessas análises enumeramos e analisamos os dados obtidos correlacionando com os resultados vistos na literatura.

No critério de inclusão da amostra, foram utilizados os prontuários de pacientes submetidos a procedimentos odontológicos nas clínicas do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, que permitiram saber quais as classes de medicamentos mais utilizados, as doenças mais prevalentes e quais as alterações de tecido mole bucal são mais encontradas. Foram analisados quase 5000 prontuários e utilizados 576 prontuários, preenchidos, completos e legíveis.

A coleta de dados foi obtida, por meio do preenchimento de uma tabela, idealizada pelos pesquisadores com base no prontuário utilizado nas clínicas do Curso de Odontologia. Constaram nessa ficha de coleta o número dos prontuários dos pacientes, idade, sexo, doenças mais prevalentes, alterações em tecidos moles e classe de medicamentos.

Os dados clínicos coletados puderam ser utilizados, uma vez que, nos prontuários, havia um termo de autorização para diagnóstico e execução de tratamento e para fins de ensino e divulgação, respeitando-

se o código de ética, além disso, o trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina.

O estudo empregado foi caracteristicamente transversal, não direcional, e se consistiu em observar eventos e fatores em estudo ao mesmo tempo. O resumo dos dados foi feito por meio de tabelas, frequências absolutas e percentuais.

A presente pesquisa foi realizada entre agosto de 2011 e maio de 2012, no setor de triagem do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a amostra analisada, os resultados obtidos foram apresentados separadamente no intuito de facilitar o entendimento dos mesmos. Através da análise dos prontuários, com pacientes em idades de 20 á 55 anos obteve-se a classificação da amostra segundo gênero. Na Tabela1, observa-se a predominância do gênero feminino, correspondendo á 54,69%, em relação ao sexo masculino; 45,31%. Portanto á procura pelo atendimento odontológico na Universidade Federal de Santa Catarina é visivelmente maior pelas mulheres, o que vai ao encontro de resultados obtidos em estudos realizados pelo ministério da saúde, no qual os homens procuram menos os serviços de saúde. O principal motivo seria o medo da descoberta de alguma doença grave (*GOMES. R, 2007*), assim, evitar ir ao consultório odontológico ou médico, pode ser considerado um fator de “proteção” para os homens.

Com a pouca experiência, nesses quase dois anos de atendimentos realizados nas dependências da Universidade, verifiquei que muitos homens só vão ás clínicas quando há algum tipo de dor e não como fator de prevenção. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina, portanto, podemos concluir dentre outros aspectos, que o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que ele cuide menos de sua saúde e mais se exponha a situações de riscos (*GOMES. R, 2007*). Com isso é de extrema importância, reverter esse quadro.

Tabela 1: Numero total dos prontuários (576) analisados divididos por gênero

Gênero	Frequência	Porcentagem
Feminino	315	54,69%
Masculino	261	45,31%
Total	576	100%

Nos 576 prontuários pesquisados (Tabelas 2 e 3), observamos que em 226 deles encontramos relatos sobre o uso de algum tipo de medicamento, representando 39,24%. Nos demais, 350 prontuários, nenhum relato quanto ao uso de medicamento foi encontrado, representando 60,76% do total. Estes resultados demonstram que a maioria dos pacientes atendidos pelos alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina não fazem uso de medicamentos como rotina. Os resultados obtidos no presente estudo demonstram um consumo de medicamentos inferior à média Nacional que no ano de 2003 foi 57,0% (*Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003*). É possível que nos prontuários analisados o relato sobre o

uso de medicamentos não tenha sido considerado, não investigado e portanto levado a uma média de consumo inferior a média nacional.

Quando avaliamos apenas os prontuários dos pacientes que fazem uso de medicamentos observamos que 23% deles são do sexo masculino e 77% do sexo feminino (tabela 3). Um dos motivos para esse resultado é que as mulheres são submetidas a uma maior pressão da classe médica e também da mídia em relação a problemas específicos de cada fase da vida, como alterações relacionadas ao período menstrual, menopausa, câncer de mama dentre outros. Todos esses aspectos contribuem para que as mulheres procurem mais os serviços de saúde e como consequência, tenham maiores chances de exposição a medicamentos.

Os resultados obtidos no presente estudo estão em concordância com os resultados obtidos na pesquisa desenvolvida na Faculdade de Odontologia de Marília em 2003, que avaliou 668 prontuários de pacientes e demonstrou que 238 faziam uso de medicamentos, representando 35,6%, 392 não faziam uso de nenhum medicamento, percentual de 58,7%, e os 38 prontuários restantes (5,7%) estavam em branco (*MOREIRA AC, 2003*). Quando dividiu esses valores por gênero, *Moreira* observou que 68,5% eram do sexo feminino e 31,5% do sexo masculino.

Tabela 2: Distribuição dos pacientes que referiram tomar medicamentos

Toma medicamento?	Frequência	Porcetagem
Sim	226	39,24%
Não	350	60,76%
Total	576	100%

Tabela 3: Pacientes que referiram tomar algum tipo de medicamento divididos por gênero

Gênero	Frequência	Porcentagem
Feminino	174	77%
Masculino	52	23%
Total	226	100%

Quando passamos a analisar as classes de medicamentos mais utilizadas, observamos que os psicotrópicos e os anti-hipertensivos são

os medicamentos mais usados (tabela 6). Os anti-hipertensivos foram citados em 50 prontuários (21,74%), sendo 11 homens e 39 mulheres e os psicotrópicos em 51, representando 22,17% do total, sendo 13 homens e 38 mulheres. Os antibióticos e os anti-inflamatórios esteroidais foram os menos citados (tabelas 4, 5e 6).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 7 podemos observar que há quase três vezes mais mulheres usando psicotrópicos do que homens, sendo os antidepressivos os de maior frequência de uso. De acordo com um estudo da *Medco Health Solutions (2011)*, uma distribuidora farmacêutica norte-americana, concluiu-se que quando se trata de sentir-se deprimido, ansioso ou desatento, as mulheres são mais propensas a usar medicamentos para tratamento do que os homens. Esse relatório afirma que uma em cada quatro mulheres tomam medicamentos prescritos por médicos para combater doenças do foro psicológico, também um outro fato curioso é que nessa pesquisa, o uso de antipsicóticos atípicos cresceu muito. Em adultos com idades de 20 á 64 anos, o número em 2010 chegou a 3,5 vezes a mais que em 2001 (*MUZINA, 2011*).

Os resultados do presente estudo demonstram que dentre os medicamentos considerados psicotrópicos, aqueles conhecidos como tranquilizantes são mais frequentemente usados. Entretanto, é importante salientar que curiosamente em muitos dos prontuários avaliados o ansiolítico estava sendo usado sem a prescrição médica e ainda sem a orientação de uso, pois nos prontuários, havia duas perguntas “está em tratamento médico” ou “última vez que foi ao médico” a grande maioria não estava em tratamento médico e a ultima vez que tinha ido ao médico tinha passado dos 6 meses, o que nos leva

a conclusão da prática da auto medicação, muito comum entre os pacientes e muito embora sejam os psicotrópicos medicamentos com a comercialização controlada.

Segundo Muzina (2011), essa diferença entre as mulheres e homens, é devido as mulheres procurarem tratamento e ir aos consultórios médicos com mais frequência que os homens, além disso, as mulheres possuem mais riscos de sofrer transtornos depressivos, também segundo o autor, durante o ano de 2010, nos EUA, 11 % das mulheres de meia idade tomavam ansiolíticos, já os homens dessa mesma idade, somavam 5,7%.

Tabela 4: Distribuição dos medicamentos referidos pelos 226 pacientes

Classe de Medicamentos		Frequência	Porcentagem
Agentes Anti Hipertensivos		50	21,74%
Contraceptivos		43	18,70%
Psicotrópicos		51	22,17%
Antiulcerosos		11	4,78%
Antiinflamatórios	Não	22	9,57%
Esteroidais(AINES)			
Antiinflamatórios Esteroidais		6	2,60%

Antibióticos	9	3,92%
Anti Arrítmicos	10	4,35%
Outros Medicamentos	28	12,17%
Total	230**	100%

**Alguns pacientes dos 226 referiram tomar mais de um medicamento

Tabela 5: Distribuição dos medicamentos referidos pelos 226 pacientes divididos por gênero, em números absolutos.

Classe de Medicamentos	Homens	Mulheres	Total
Agentes Anti Hipertensivos	11	39	50
Contraceptivos	-----	43	43
Psicotrópicos	13	38	51
Antiulcerosos	5	6	11
Antiinflamatórios Esteroidais (AINES)	Não 8	14	32
Antiinflamatórios Esteroidais	0	6	6
Antibióticos	3	6	9

Anti Arrítmicos	1	9	10
Outros Medicamentos	11	17	28
Total	52	178	230*

* Alguns dos 226 pacientes relataram tomar mais de um medicamento.

Tabela 6: Classe de medicamentos mais utilizados do total de 226 pacientes (alguns relataram tomar mais de um medicamento)

Classe de medicamentos	Frequência	Porcentagem
Anti Hipertensivos	50	21,73%
Pscicotrópicos	51	22,17%
Total	101	43,90%

Observamos na tabela 7 que, em todas as faixas etárias, houve um percentual de pacientes que referiram tomar algum medicamento, sendo o maior percentual de consumo encontrado nas faixas etárias compreendidas entre 20 e 29 anos e 40 á 49 anos, ambas obtiveram uma representação percentual de 27,88%.

Tabela 7: Distribuição, por idade, dos 226 pacientes que referiram tomar algum medicamento.

Idade (em anos) dos pacientes que referiram tomar medicamentos	Frequência	Porcentagem
20 á 29 anos	63	27,88%
30 á 39 anos	52	23,00%
40 á 49 anos	63	27,88%
50 á 55 anos	48	21,24%
Total	226	100%

As doenças mais prevalentes nos pacientes atendidos nas clínicas do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC estão apresentadas na tabela 8. Observamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), correspondendo há 31,74%, sendo 51 mulheres e 22 homens, seguindo logo atrás pelos Problemas Gástricos com 26,52%, sendo 38 mulheres e 23 homens, as duas doenças somadas correspondem á 58,26%, o que nos leva a concluir que mais da metade dos pacientes que foram atendidos, possuem pressão alta ou problemas gástricos. Isso

também explica o grande número de pacientes relatados em nossa pesquisa, que utilizam anti hipertensivos (tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos pacientes que possuem algum tipo de doença/alteração divididos por gênero em números absolutos e porcentagem.

Doenças/Alterações	Homem	Mulher	Total
Hipertensão Arterial Sistêmica	22	51	31,74%
Diabetes	1	10	4,78%
Cardiopatias	2	18	8,69%
Convulsões	9	9	7,83%
Problemas Gástricos	23	38	26,52%
Hipossalivação	3	7	4,35%
Xerostomia	0	3	1,30%
Pressão Baixa	2	32	14,79%
Total	62	168	100%

Para efeitos de comparação, vamos citar um trabalho realizado em 2006 por Schmidt, e publicado na Revista Saúde Pública em 2009, que teve como objetivo registrar em números absolutos a prevalência de hipertensos e diabéticos no Brasil. Foram analisados dados referentes á 54.369 indivíduos, baseado em inquérito de morbilidade auto-referida,

com idade acima de 18 anos, em 27 capitais do Brasil, que responderam as questões sobre pressão alta e diabetes. Os resultados demonstraram que a prevalência da hipertensão arterial ficou em 21,60% para o conjunto das capitais, sendo que do total desses entrevistados, 24,40% das mulheres apresentavam hipertensão e 18,40% dos homens relataram ter pressão alta (*SCHMIDT, 2006*), o que nos leva a concluir que os números das nossas pesquisas dentro da Universidade estão próximas das realizadas nas capitais brasileiras, com maior prevalência entre as mulheres, no entanto a diferença absoluta de hipertensos, entre as pesquisadas nos prontuários de odontologia da UFSC, tabela 9 (31,74%) e as realizadas nas capitais, apresentadas no anexo F (21,60%), foi de 10,15%, uma diferença significativa, agora se compararmos com a pesquisa realizada somente em Florianópolis essa diferença aumenta, vai para 14,04%, pois a prevalência de hipertensos nessa cidade (Anexo F) ficou em 17,70% sendo 14,90% dos homens e 20,20% das mulheres (*SCHMIDT, 2006*). No anexo F, podemos verificar os índices de prevalência de hipertensão arterial nas capitais do país.

A hipertensão arterial é um grande fator de risco para doenças como a aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, podendo com isso haver comprometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico, além disso, a doença é responsável mundialmente por 25% das cardiopatias isquêmicas e 40% dos acidentes vasculares cerebrais. Devido a essas complicações da qual está por trás, coloca a hipertensão arterial como um agente iniciante das doenças cardiovasculares e, como uma das causas de maior redução da expectativa de vida dos indivíduos. Aqui no Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a

primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 anos ou mais (AZEREDO, 2006). A prevalência dos pacientes que pesquisamos nos prontuários que relataram ser portador de alguma cardiopatia foi de 8,69% (tabela 9) dividindo por gênero temos 2 homens e 18 mulheres, além disso metade dessas pessoas cardiopatas também disseram ter hipertensão arterial sistêmica.

Tabela 9: Distribuição dos pacientes que possuem algum tipo de doença/alteração dividido por frequência e porcentagem.

Doenças/ Alteração	Frequência	Porcentagem
Hipertensão Arterial Sistêmica	73	31,74%
Diabetes	11	4,78%
Cardiopatias	20	8,69%
Convulsões	18	7,83%
Problemas Gástricos	61	26,52%
Hipossalivação	10	4,35%
Xerostomia	3	1,30%
Pressão Baixa	34	14,79%

Total	230	100%
-------	-----	------

Alguns estudos epidemiológicos tem demonstrado redução dos problemas cardiovasculares com tratamentos não medicamentosos, através das alterações do estilo de vida, como o abandono do tabagismo, controle do peso, redução do consumo de bebidas alcoólicas, exercício físico, redução da ingestão de sal, entretanto, alguns autores questionam a eficácia das intervenções educativas na mudança dos estilos de vida, tornando-se necessário muitas vezes, o uso diário de medicamentos anti-hipertensivos, e com eficácia comprovada, havendo redução da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares. Podemos ter seis classes de medicamentos anti hipertensivos, que são os diuréticos, os inibidores adrenérgicos, os vasodilatadores diretos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), os bloqueadores dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor AT_2 da angiotensina II (AII). A combinação desses fármacos é utilizada com grande frequência, já que a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40 a 50% dos casos (VRANJAC, 2002).

O índice de pessoas com *diabetes, como pode ser visto na tabela 8 ficou em quinto lugar, com 4,78% do total, sendo 10 mulheres e somente 1 homem, o que de certa forma também está de acordo com a literatura, como na mesma pesquisa realizada com os hipertensos, também foram feitos com quem tem diabetes mellitus, nessa pesquisa das capitais brasileiras a prevalência foi de 5,3% para os conjuntos dos municípios estudados (todas as capitais brasileiras e mais o Distrito Federal), sendo que a prevalência em homens é de 4,4% e nas mulheres

de 6,0% (*SCHMITD, 2006*), em relação ao diabetes auto-referido, a sensibilidade é menor, uma vez que o rastreamento do diabetes é mais complexo e menos difundido que o da hipertensão, restando mais pessoas sem diagnóstico na população, com isso podemos concluir que os dados nesse caso podem ter um falso resultado, devendo com isso ter outros meios de pesquisas para conseguirmos avaliar corretamente os dados na população brasileira. Em outro trabalho que foi realizado pelo Ministério da Saúde, para reorganização dos usuários do SUS portadores da diabetes, foram examinados e avaliados 20 milhões de pessoas no Brasil inteiro, em 4.446 municípios, e foram identificados com suspeita de Diabetes Mellitus 3,3 milhões de pessoas, o que correspondeu a 16% da população analisada. Na presente pesquisa apenas 4,78% dos prontuários analisados confirmaram a presença da diabetes. De qualquer forma os dados nacionais, expressivos, demonstram que a doença fica entre os principais problemas de saúde no Brasil, tornando como uma das prioridades de saúde pública em nosso país (*MENEZES, 2010*).

Dentre as principais manifestações bucais dos pacientes com diabetes mellitus descompensados estão a xerostomia, a glossodínia, o ardor na língua, o eritema, e os distúrbios de gustação, levando também a um aumento da acidez do meio bucal, aumento da viscosidade e diminuição do fluxo salivar (*SCHNEIDER, BERND, NURKIM, 1995*), os quais são fatores de risco para cárie. Naqueles prontuários pesquisados que relataram alguma alteração, somente 1,30% (tabela 8) disseram ter xerostomia, nenhum homem e apenas 3 mulheres, permitindo concluir que o número não é tão significativo.

Abaixo temos uma citação de um trabalho de pesquisa de mestrado da FOU SP, sobre relação entre diabetes mellitus x alteração bucal:

“Foram realizados a anamnese, mensuração de glicemia e pressão arterial no exame clínico (CAPE-FOUSP), além da mensuração do fluxo salivar, exame intra-oral minucioso, incluindo índice de dentes cariados, perdidos e obturados. Os resultados mostraram que nos pacientes diabéticos tipo 1, 52,17 por cento exibiam gengivite, 17,39 por cento periodontite, 8,7 por cento hiperplasia gengival, 17,39 por cento abscesso gengival, 4,34 por cento língua geográfica, 21,7 por cento queilite angular, 13,04 por cento candidíase. Neste grupo não foram observadas manifestações como herpes simples, hálito cetônico e parotidite. Em relação aos pacientes diabéticos tipo 2, obtivemos os seguintes resultados: 49 por cento dos pacientes exibindo gengivite, 47 por cento periodontite, 4 por cento hiperplasia gengival, 23 por cento abscesso gengival, 9 por cento língua geográfica, 16 por cento queilite angular, 14 por cento candidíase, 1 por cento herpes simples, 7 por cento hálito cetônico e 2 por cento parotidite. Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos analisados, no que se refere à incidência de periodontite e dentes perdidos. Concluimos que as alterações bucais ocorrem em ambos os tipos de diabetes, e que a periodontite e a perda dental foram as mais frequentes em pacientes diabéticos tipo 2” (*por Carboni, Ana*

Miriam Gebara, 2001 Estudo comparativo das manifestações bucais entre os pacientes diabéticos tipo 1 e os pacientes diabéticos tipo 2 / Comparative study of buccal alterations in type 1 and type 2 diabetic patient, 114 p. illus, tab, graf. (BR). s.)

Ainda em relação à diabetes mellitus, as manifestações menos frequentes são a tumefação de glândula parótida, candidíase oral e queilite angular (resultantes de modificações na flora bucal), aftas recidivantes e focos de infecções, aqueles pacientes com diabetes descompensados, têm significativamente mais sangramento gengival e gengivite do que os que conseguem controlar a doença (através de medicamentos e controle dietético). Os tecidos periodontais dos pacientes diabéticos tipo 2 quando comparados aos pacientes saudáveis apresentam: maior grau de vascularização, maior grau de espessamento de parede vascular, obliteração total e parcial de luz vascular, alterações vasculares nos tecidos gengivais, e estas parecem estar relacionadas ao caráter hiperinflamatório desses pacientes (*SOUZA, 2001*).

Com relação às alterações bucais em tecidos moles (tabela 10), foi verificado que dos 576 prontuários analisados, somente em 76 havia algum tipo de anomalia anotada nos exames estomatológicos, representando 13,19% do total dos prontuários analisados.

Tabela 10: Tabela comparativa entre pacientes que apresentam ou não alteração em tecido mole bucal.

Alteração bucal (tecido mole)	Frequência	Porcentagem
Sim	76	13,19%
Não	500	86,81%
Total	576	100%

A alteração mais prevalente, com uma vantagem considerável, em relação à outras alterações, foi a estomatite aftosa (tabela 11), totalizando 36 pacientes (72%), em seguida temos a herpes com 5 pacientes (10%), e com menores frequências temos a candidíase em 4 pacientes (8%), estomatite (no prontuário não foi especificado o tipo) com 3 pacientes (6%) e quelite actínica em 2 pacientes (4%), os outros 26 não citados na tabela, só apresentam relato quanto ao sítio da alteração (língua, lábios e gengiva) sem citação do diagnóstico ou descrição da alteração.

Uma das reações medicamentosas mais comuns é a estomatite, sua principal característica é o eritema e a dor. Um dos tratamentos que mais causa sofrimento para o paciente é o do câncer, pois diversas drogas usadas na quimioterapia anti-neoplásica possuem citotoxicidade destruindo as células da mucosa como resultado da inibição da mitose epitelial, e que nesse caso induzirá atrofia propiciando o

desenvolvimento de estomatite e de ulcerações, quase metade dos pacientes que usam quimioterápicos para o tratamento de tumores tem complicações bucais (LOREIRO C. S, ADDE C. A, PEREZ E.G, PENHA S. S, 2004), portanto devemos estar atentos para este tipo de paciente em nossos consultórios, pois requerem maiores cuidados.

Em nossa pesquisa todos os pacientes que relataram ter candidíase (tabela 13), utilizavam prótese total. A candidíase é uma infecção causada pela *Cândida albicans*, geralmente associada às disfunções imunológicas e distúrbios na microbiota da cavidade bucal (NEVILLE, 2009). A etiologia da estomatite protética é multifatorial, das quais podemos citar a falta de higiene, traumas, acúmulo de placa bacteriana depositada sob a base acrílica das próteses totais, reações alérgicas ou irritantes primários, doenças sistêmicas e a própria infecção causada pela *Cândida albicans* (OLIVEIRA RC, BRUM SC, OLIVEIRA RS, GOYATÁ FR, 2007).

Com pouco relato dessa alteração, a quelite actínica ficou com somente 4% de todas as alterações em tecidos moles pesquisadas nos prontuários. A quelite actínica ou queilose actínica, são lesões cancerizáveis, isto é, são alterações morfológicas do tecido na qual o câncer tem maior probabilidade de ocorrer, mas que podem também permanecer estáveis. Sua maior prevalência ocorre no lábio inferior, cujo fator de risco mais associado é a exposição crônica e excessiva ao componente ultravioleta da radiação solar, porém outros fatores podem estar associados como tabaco, conforme o uso e o local onde é apoiado o cigarro, cachimbo ou charuto, geralmente há um certo predomínio em pessoas de pele clara, é muito comum ocorrer com aquelas que trabalham ao ar livre, ficando exposto ao sol como agricultores e

pedreiros, nunca devemos esquecer que a prevenção e o diagnóstico precoce devem ser realizados pelo cirurgião dentista através de exames e orientações (uso de filtro solar labial e bonés) por isso a importância de fazer aquela pergunta na anamnese sobre a profissão, muitas vezes conseguimos evitar a doença ou então que ela se torne maligna, pois em torno de 6% á 10% dos casos pode se desenvolver para um carcinoma de células escamosas, no entanto a tal transformação raramente ocorre antes dos 60 anos de idade (NEVILLE, 2009).

A estomatite herpética representou 10% de todas as alterações em tecido mole da nossa pesquisa (tabela 11). O vírus herpes simples é um membro do herpes vírus humano (DNA), são reconhecidos dois, o tipo1 (HSV-1) e o tipo 2 (HSV-2) , os seres humanos são os únicos reservatórios naturais, e após a infecção inicial, o indivíduo vai ter que conviver com períodos de latência e reativação, e isso vai durar por toda vida da pessoa, não tem cura, somente alguns medicamentos e anestésicos locais para aliviar a dor.

Tabela 11: Distribuição de pacientes atendidos pelos alunos do Curso de Odontologia da UFSC onde durante o exame clínico foi encontrado algum tipo de alteração em tecidos moles bucais, dividido por tipo de alteração, frequência absoluta e porcentagem.

Alterações na boca em tecidos moles	Frequência	Porcentagem
Estomatite Aftosa	36	72%

*Estomatite	3	6%
Herpes	5	10%
Quelite Actínica	2	4%
Candidíase	4	8%
Total	50	100%

*Não foi especificado o tipo de estomatite (aftosa, medicamentosa, alérgica de contato, associada à candidíase, etc.).

O cirurgião-dentista é responsável não só pela situação oral, mas também pelas condições médicas gerais de seu paciente, para isso, o atendimento odontológico deve ocorrer de forma integral, e não somente em um sítio específico, uma vez que intervenções odontológicas podem repercutir na homeostasia sistêmica, da mesma forma que alterações sistêmicas podem gerar manifestações orais. O principal intuito de realizarmos esse trabalho foi traçar a partir dos prontuários analisados o perfil dos nossos pacientes (doenças mais prevalentes, tipos de medicamentos utilizados, alterações estomatológicas), pois até hoje, pelo que foi verificado nenhum trabalho semelhante tinha sido realizado no Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, mesmo assim, para conseguirmos os 576 prontuários foi necessário analisar mais de cinco mil prontuários, utilizando critérios de exclusão (maiores que 20 anos e

menores que 55 anos), além disso, descartar muitos prontuários que não estavam totalmente preenchidos. Os itens dos prontuários onde mais se verificou a falta de preenchimento, em primeiro lugar o índice de salivação (estimulada e em repouso), também na parte das alterações em tecido mole e outro fato a ser exaltado é a escrita ilegível dos medicamentos, muitos prontuários não foram considerados por não se conseguir identificar o nome que estava anotado, deve-se ressaltar que uma lei de 1973, válida até hoje, apesar de desrespeitada por muitos profissionais, norteia sobre o problema da escrita nas receitas e também já serve de base para o preenchimento dos prontuários, é a lei 5.991 Art. 35 na qual diz “ *Somente será aviada a receita: que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais*” (Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1973) o que de certa forma obriga á todos os profissionais da área da saúde a escrever de forma clara tanto nos receituários como também nos prontuários, o ideal mesmo, seria a digitalização desses prontuários, evitando problemas como os que encontramos durante a realização da presente pesquisa.

Considerando ainda os resultados da presente pesquisa, devido a um grande número de pacientes (39,24%) relatarem fazer uso de medicamentos, acabam servindo de alerta, por ser um número expressivo, pois novos medicamentos estão sendo colocados no mercado (com novas fórmulas) com isso favorecendo o aumento da expectativa de seus usuários quanto à cura e/ou controle das doenças. Os riscos dos efeitos colaterais, muitos ainda não conhecidos, as interações

medicamentosas que podem ser prejudiciais devem ser uma preocupação constante dos profissionais de saúde.

6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os pacientes do sexo feminino foram os que mais relataram usar algum tipo de medicamento, em parte pelo maior número de mulheres atendidas nas clínicas do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, mas também pelo uso de anticoncepcional, implicando em um número maior de mulheres consumindo mais medicamentos.

- Os resultados obtidos demonstraram que o número de pacientes que tomavam medicamentos sistêmicos foi considerável (226).

- Os medicamentos mais consumidos são os psicotrópicos, anti-hipertensivos e contraceptivos, sendo o último principalmente na faixa etária dos 20 aos 29 anos.

- A hipertensão arterial sistêmica foi a doença mais citada, totalizando 31,74% do total, seguida pelas alterações gástricas, sendo que novamente as mulheres foram a grande maioria.

- Observou-se pequena frequência de alterações de tecidos moles, mas quando ocorreram predominou a estomatite aftosa recorrente. Porém chama a atenção que em inúmeros prontuários analisados inexistiam informações sobre alterações de tecidos moles da cavidade oral, embora perguntas relacionadas façam parte do prontuário utilizado.

- Para concluir queremos ressaltar que foram analisados quase cinco mil prontuários e selecionados apenas 576, portanto foram utilizados 11% dos prontuários analisados, entre os anos de 2002 e 2012. Dentre os motivos que provocaram tamanha redução numérica podemos citar: a possível desconsideração ou desconhecimento das alterações que ocorrem em tecidos moles da cavidade oral, preenchimento do prontuário com letras ilegíveis e possivelmente o desconhecimento da importância de um prontuário bem preenchido e substanciado no contexto da abordagem odontológica.

REFERÊNCIAS

UNIP . Instituto de Ciências da Saúde – ICS. **Semiologia Aplicada à Fisioterapia**,2009(<http://www.ebah.com.br/content/ABAAA5DYAE/prontuario-paciente>, acessado em 21/11/2011).

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA: **Resolução CFO-118/2012**. (http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf, acessado em 21/06/2012).

OLEINISKI, J. C., **Estudio de La saliva por sialometría em personas de La tercera edad institucionalizadas, com y sin xerostomia**:1999. 418f. Dissertação (Doutorado em Odontologia)- Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – (<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>, acessado em 12/02/2012).

LUZ,I.P– **Estilo de vida e Coração** (<http://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/estilo-de-vida-e-coracao/>, acessado em 12/02/2012)

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo: Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **Princípios e prática de medicina oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 491p.

POLLOCK, M. L. e Wilmore, J. H. **Exercícios na saúde e na doença - avaliação e prescrição para prevenção e realibitação**, 2ª ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1993.

FEITOSA, G.S, Feitosa Filho G.S, Carvalho E.M, 2002. *Rev Bras Hipertens* vol 9(3): julho/setembro de 2002.

DIONNE, R. A.; GORDON, S. M. **Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs for Acute Pain Control**. *Dent. Clin. North Am.* v. 38, n. 4, p. 645-67, Oct. 1994.

ZATERKA, S. **Antisecretors modify the gastric localization of Helicobacter pylori**. *Arq Gastroenterol* 2001;38(1):1-2.

KOPEL, L.; NORONHA, L. L. **Introdução ao estudo das cardiopatias congênitas**. In: SEGRE,C.A.M.; ARMELLINI,P.A.; MARINO,W.T. RN. 4ª ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

VARELLA, Dráuzio - **Convulsão**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/convulsao-2/>> Acesso em jul 2012.

ARAÚJO, Karla Patrícia Cardoso . BLAZQUEZ, Francisco Javier Hernandez. Braz. J. vet. Res. anim. Sci., São Paulo, v. 44, suplemento, p. 14-18, 2007

DIONNE; GORDON, S. M. **Nosteroidal Antiinflammatory drugs of cute pain control. Dental clinics of north America**. Philadelphia, v.38,n.4,oct.1994.

LEMOS, L.P ; Dráuzio , V **Estilo de vida e coração**. Art Publicado em <http://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/estilo-de-vida-e-coracao/> Acessado em 12/07/2012.

LINARES BORGES et al. **Acta Farm. Bonaerense** 21 (2) : p. 139-48, 2002.

VRANJAC,2002 . **Medicamentos Anti-Hipertensivos**. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/dcnt_hiper.htm, acessado em 15/05/2012.

MUZINA, David .Donald A Malone; Inderpal Bhandari; Rocco Lulic; Rich Baudisch; **Matthew Keene Journal of affective disorders** 2011;130(1-2):46-52

ABC.MED.BR, 2008. **Diabetes Mellitus**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/diabetesmellitus/22360/diabetes+mellitus.htm>>. Acesso em: 07 set. 2011.

POLLOCK & WILMORE: **Exercícios na Saúde e na Doença**: 2 ed., Medsi, RJ 1993.

MOREIRA, AC, Milanezi LA, Okamoto T, Okamoto R, Giroto MA. **Drug's consume in patients that received dentistry treatment in the Health Science Faculty of Marília University (UNIMAR) – SP**, in 2003. Rev Odontol UNESP. 2007; 36(2): 157-162.

MINISTÉRIO DA SAÚDE– *Política Nacional de Atenção Integral á Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)* – disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf - acessado em 10/07/2012.

BEVILACQUA, F. **Fisiopatologia clínica**, pg122-124; pg122-124 ed.Guanabara koogan, 1995.

SILVA, QUEIROZ, Vera Márcia Fonseca. **Endocardite Infecçiosa**. Disponível em <http://www.fmt.am.gov.br/manual/endocardite.htm>, acessado em 12/05/2012.

News Medical, 2009. Disponível em <http://www.news-medical.net/health/Diabetes-Mellitus-Type-2-Pathophysiology.aspx> , acessado em 07/03/2012.

SCHNEIDER, M.; BERND, G.; NURKIM, N. L.. **Diabetes Mellitus e suas manifestações sobre o periodonto: uma revisão bibliográfica.** R. Odonto Ciênc., Porto Alegre, v. 10, n. 20, p.89-98, dez. 1995.

GOMES, R. et al. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?** As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. cad saúde pública. Rio de Janeiro, 2007; 23(3):565-574.

ANVISA – **O que devemos saber sobre medicamentos** – disponível em
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/024b520047457be888c1dc3fbc4c6735/Cartilha+BAIXA+revis%C3%A3o+24_08.pdf?MOD=AJPERES> – Acessado em 10/07/2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A saúde na opinião dos brasileiros.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003.

NEVILLE, Brad W. ; Damm, Douglas D. **Patologia Oral & Maxilofacial** - 2 Edição Ed.. Guanabara Koogan – 183-185, 340-341.

FERNANDES, A. P .M.; PACE, A. E.; ZANETTI, M. L; FOSS, M, C.; DONADI, E. A. **Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus do tipo 1.** Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo,SP,v.13,n.5,set/out.2005.

KOPEL, L.; NORONHA, L. L. **Introdução ao estudo das cardiopatias congênitas**. In: SEGRE, C.A.M.; ARMELLINI, P.A.; MARINO, W.T. RN. 4ª ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

FIELD, EA, Longman LP, Bucknall R et al. **The establishment of a xerostomia clinic: a prospective study**. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, England, v. 35, p. 96-103, Apr 1997.

FERRARI, E. & AVERSA, R.M.F. **Xerostomia em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço**. *Rev APCD*, v.8, n.38, p.13, janeiro/fevereiro, 2002.

JENSEN, W. A. ; FALL, M . Z. ; ROONEY, J. ; KORDIK, D. L; BREITSCHWERDT, E. B. , **Rapid Identification and Differentiation of Bartonella Species Using a Single-Step PCR Assay**. *Journal of Clinical Microbiology.*, v.38,n-5,p1717-1722,2000.

SCHMIDT, M. et al. **Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 74-82. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>.

MENEZES, G.M ,2010 . **Estudo Clínico Das Manifestações Orais e Fatores Relacionados em Pacientes Diabéticos Tipo 2**. Disponível em: <http://bdt.bczm.ufrn.br/tesdesimplificado/tde_arquivos/23/TDE-2010-11-30T113002Z-3081/Publico/MariaGMS_DISSERT.pdf> Acesso em 15/06/2012.

SOUZA L. M. A. **Estudo das alterações vasculares do periodonto de pacientes diabéticos**. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2001.

STEDMAN **Dicionário médico**. 2ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1979.

CARBONI, GEBERA, 2001 **Estudo comparativo das manifestações bucais entre os pacientes diabéticos tipo 1 e os pacientes diabéticos tipo 2 / Comparative study of buccal alterations in type 1 and type 2 diabetic patient**, 114 p. ilus, tab, graf. (BR). s.

CAROLINO, R .D. I.; Fernandes, M. A. C.;Tasca, S.R.; Marcon, S. S. ; Cuman, N. K. R. , **Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. Rev Latino-am Enfermagem 2008 março-abril; 16(2).

LOREIRO C. S. , ADDE C. A, PEREZ E.G, PENHA S. S. ,2004. Efeitos adversos de medicamentos tópicos e sistêmicos na mucosa bucal. Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.70 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2004

CARBONI, GEBERA A. M. **Estudo comparativo das manifestações bucais entre os pacientes diabéticos tipo 1 e os pacientes diabéticos tipo 2 / Comparative study of buccal alterations in type 1 and type 2 diabetic patients**. São Paulo; s.n; 2001. 114 p. ilus, tab, graf. (BR). Apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia para obtenção do grau de Mestre.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS, **LEI Nº 5.991, DE 17 DE DEZEMBRO DE 1973**.Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm, acessado em 20/02/2012.

SCHMIDT, M. I et al. **Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida**, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 74-82. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>.

SOURCE MEDCO HEALTH SOLUTIONS,2011 Disponível em, <http://www.4-traders.com/MEDCO-HEALTH-SOLUTIONS-IN-13526/news/Medco-Health-Solutions-Inc-The-Mental-Health-Gender-Gap-Women-Far-Exceed-Men-in-their-Use-of-Psy-14224433/> acessado em 21/11/2011.

AZEREDO, M.V, Assis D.T , Barreto S.M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional**. Epidemiol. Serv. Saúde vol.15 no.1 Brasília Mar. 2006.

OLIVEIRA, RC, Brum SC, Oliveira RS, Goyatá FR. **INTERNATIONAL JOURNAL OF DENTISTRY**, RECIFE, 6 (2):51-54 ABR / JUN 2007.

ANEXOS

ANEXO A - Classificação da pressão arterial em adultos de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Categoria	PA diastólica (mmHg)	PA sistólica (mmHg)
Pressão ótima	< 80	<120
Pressão normal	< 85	<130
Pressão limítrofe	85-89	130-139
Hipertensão estágio 1	90-99	140-159
Hipertensão estágio 2	100-109	160-179
Hipertensão estágio 3	≥110	≥180
Hipertensão sistólica isolada	< 90	≥140

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

ANEXO B - Fármacos e drogas que podem induzir a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Classe	Efeito pressor/frequência	Ação sugerida
Imunossuppressores		
Ciclosporina, Tacrolimus	Intenso e freqüente	Inibidor da ECA e antagonista de canal de cálcio (nifedipina/amlodipina). Ajustar nível sérico
Glicocorticoide		Reavaliar opções
Antiinflamatórios não-esteróides		
Inibidores da ciclooxigenase-1 e ciclooxigenase-2	Eventual, muito relevante com uso contínuo	Observar função renal e informar efeitos adversos
Anorexígenos/Sacietógenos		
Anfepramona e outros	Intenso e freqüente	Suspensão ou redução de dose
Sibutramina	Moderado, mas pouco relevante	Avaliar a redução da pressão arterial obtida com a redução de peso
Vasoconstritores	Variável, mas transitório	Usar por tempo determinado
Hormônios		
Entropoetina	Variável e freqüente	Avaliar hematócrito e dose
Anticoncepcionais orais	Variável, prevalência de hipertensão até 5%	Avaliar a substituição do método com especialista
Terapia de reposição estrogênica	Variável	Avaliar riscos e custo-benefício
Hormônio de crescimento (adultos)	Variável, uso cosmético	Suspensão
Antidepressivos		
Inibidores da monoamina-oxidase	Intenso, infreqüente	Abordar como crise adrenérgica
Tricíclicos	Variável e freqüente	Abordar como crise adrenérgica; vigiar interações medicamentosas
Drogas ilícitas e álcool		
Anfetaminas, cocaína e derivados	Efeito agudo, intenso; dose-dependente	Abordar como crise adrenérgica
Álcool	Variável e dose-dependente; muito prevalente	Vide tratamento não-farmacológico

Fonte: Arq Bras Cardiol, 2010.

ANEXO C - Valores de glicemia para diagnóstico de diabetes mellitus e IGT (Impaired glucose tolerance)

Valores glicêmicos e risco de complicações			
	Glicemia jejum	Glicemia 2 horas	Risco aumentado para
Diabetes	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl	Retinopatia, nefropatia, doença cardiovascular
Tolerância diminuída à glicose	< 126 mg/dl	140 a 199 mg/dl	Diabetes e doença cardiovascular
Intolerante de jejum	101 a 125 mg/dl	< 140 mg/dl	
Normal	≤ 100 mg/dl	< 140 mg/dl	

Fonte: Alberti & Zimmet 1998; Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus 1997

ANEXO D - Prevalência de fatores de risco em pacientes diabéticos tipo II, atendidos na unidade básica de saúde NIS II Mandacarú, Maringá-PR 2004.

Fatores de Risco	Frequência	%
História Familiar	57	86,36
Obesidade Visceral (RCQ)	59	89,39

Sobrepeso $\geq 25\text{Kg/m}^2$	33	44,00
Obesidade $\geq 30\text{Kg/m}^2$	28	37,33
Sedentarismo	44	66,66
Dieta Não Saudável	46	69,69
Tabagismo	03	4,54
Etilismo	07	10,61
Hipertensão Arterial	44	66,66
Glicemia de Jejum Alterada $>110\text{mg/dl}$	11	27,50
Dislipidemias	29	72,50

Fonte: Carolino, R .D. I.; Fernandes, M. A. C.;Tasca, S.R.; Marcon, S. S. ; Cuman, N. K. R. , **FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2** . Rev Latino-am Enfermagem 2008 março-abril; 16(2)

ANEXO E - Prevalência aproximada dos vários microorganismos causadores de endocardite em valvas nativas, próteses valvares e viciados em drogas.

MICROORGANISMOS	*EVN	*EPV precoce	*EPV tardia	*EVD
Estreptococos	55	5	35	7

Viridans, alfa hemolítico	35	<5	25	5
S.bovis	15	<5	<5	<5
Outros estreptococos	<5	<5	<5	<5
Estafilococos	25	50	30	50
Coagulase-positivo	23	20	10	50
Coagulase-negativo	<5	30	20	<5
Enterococos	10	<5	<5	8
Bacilos aeróbicos Gram negativos	<5	20	10	5
Fungos	<5	10	5	5
Outros microrganismos	<1	<5	<10	<20
Infecção polimicrobiana	<1	5	5	5
Endocardite com cultura negativa	5	<5	<5	<5

***EVN** - Endocardite em valva nativa; **EPV** - Endocardite em prótese valvar, precoce ou tardia - até 2 meses ou após 2 meses da troca da valva respectivamente; **EVD** - Viciado em drogas intravenosas.

Fonte: <http://www.medicina.ufmg.br/edump/clm/endocar1.htm> - Prof. Fernando Rezende Pompeu da faculdade de medicina da UFMG, 2009.

ANEXO F - Prevalência^a de hipertensão auto referida segundo sexo, Brasil 2006. (Nº total de 54.369 indivíduos).

Nome da letra	Homens	Mulheres	Total
Aracajú	18,8%	21,4%	21,4%
Belém	16,1%	21,2%	18,9%

Belo Horizonte	22,7%	24,5%	23,7%
Boa Vista	16%	21,8%	18,9%
Campo Grande	21,2%	23,3%	22,3%
Cuiabá	19,8%	21,6%	20,7%
Curitiba	18,6%	23,3%	21,1%
Florianópolis	14,9%	20,2%	27,7%
Fortaleza	15,7%	20,8%	18,5%
Goiânia	17%	20,6%	18,9%
João Pessoa	22,4%	25,2%	23,9%
Macapá	15,6%	22,1%	18,9%
Maceió	18,4%	23,5%	21,2%
Manaus	18%	19,2%	18,6%
Natal	19,1%	25,4%	22,6%
Palmas	14,9%	15,3%	15,1%
Porto Alegre	19%	23,4%	21,4%
Porto Velho	16,6%	22,9%	19,8%
Recife	22,5%	26,8%	24,9%
Rio Branco	18,4%	24,8%	21,8%
Rio de Janeiro	21%	28%	24,8%
Salvador	18,6%	27,3%	21,8%
São Luís	15,9%	19,3%	24,8%
São Paulo	16,7%	25,5%	21,4%
Terezinha	16,4%	18,4%	17,5%
Vitória	23,1%	22,6%	22,9%
Distrito	15,5%	21%	18,4%
Federal	18,4%	24,4%	21,6%
°°TOTAL			

^a Ponderada para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra à distribuição da população adulta de cada cidade no Censo Demográfico.

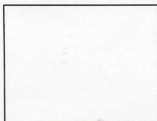
^{oo}Ponderada de acordo com o peso populacional de cada cidade.

Fonte: *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl 2):74-82 , *Diabetes e hipertensão no Brasil Schmidt MI et al.*

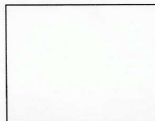
ANEXO G- Ficha para análise dos prontuários

Paciente	Medicamentos	Classe do medicamento
1-		

Paciente	Doenças	Sim	Não	Hipossalivação	Xerostomia
1-	HAS				
	Diabetes				
	Cardiopatía				
	Convulsão				
	Problemas gástricos Alteração Bucal				

ANEXO H – Termo de consentimento livre e esclarecido

Impressão digital (polegar direito)

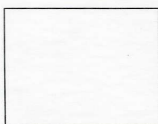


Impressão digital (polegar esquerdo)

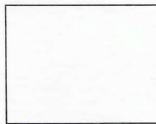
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento aos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia da UFSC e áreas afins, para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, utilizarem radiografias, slides, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, e tratamento em mim executado e que constituem propriedade exclusiva deste Curso. Portanto, dou plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais, revistas científicas ou não ou outros meios de comunicação nacionais ou internacionais, respeitando os respectivos códigos de ética.

Florianópolis, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente ou responsável

Impressão digital (polegar direito)



Impressão digital (polegar esquerdo)

